外来 ・ 入院　　指示日;　　年　　月　　日

NO 4078	レジメン名	アブラキサン単剤			
病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名
				～	
	年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)
	歳	cm	kg	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応がん種】MMK・MK

1・アブラキサン　260 mg/㎡　DAY1

1段階減量　220 mg/㎡

2段階減量　180 mg/㎡

21日(3週)1クール

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–

WBC基準	HGB基準	PLT基準
2000	–	70000

【病状】
1 全て説明している
2 病名は説明しているが、詳しい病状については説明していない
3 未告知である

【治療】
1 抗癌剤による治療・予防と説明
2 抗癌剤とは言わず治療薬と説明
3 抗癌剤とは言わず予防薬と説明
4 薬に関しては説明していない

平成20年7月1日 改訂

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	アロキシバック		1 本		全開で点滴
②	デキサメタゾン 6.6mg		1.5 本	生食50mL	15分で点滴
③	アブラキサン(　　)mg	100mg	本	生食　　mL (100mgあたり20mL) (生食100mL使用)	デキサート終了後～ 30分で点滴
④	生食50mL		1 本		アブラキサン終了後～ 全開で点滴

【看護師注意点】
□禁止！！強く振らない・インラインフィルター付輸液セット(PVCフリー)を使用しない！

【薬剤師注意点】
調整後、血液製剤伝票に①販売名、②ロット番号、③使用年月日、④患者氏名を記載し、薬剤部にて保管

クール数(　　)

★29万円/21日1クール　★45分　200807更新

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			①～④　DAY1									

クール数(　　)　↓□投与量変更時は記入して下さい

			①～④(　　)mg　DAY1									

クール数(　　)　↓□投与量変更時は記入して下さい

			①～④(　　)mg　DAY1									

クール数(　　)　↓□投与量変更時は記入して下さい

			①～④(　　)mg　DAY1									

クール数(　　)　↓□投与量変更時は記入して下さい

			①～④(　　)mg　DAY1									

クール数(　　)　↓□投与量変更時は記入して下さい

			①～④(　　)mg　DAY1									

次クール予定日【　　】